

## 移民現金補助計畫 臨時補助退款授權書

姓名	社會安全號碼
----	--------

我瞭解，由 \_\_\_\_\_ 郡 (DPSS) 批准或已支付給我，或代我付的， 州政府資助的移民現金補助計畫 (CAPI) 補助被認為是臨時補助，假如這筆款項是在我保險補助金 / 州政府補助付款計畫 (SSI/SSP) 審核我是否合格的期間頒放的。（全部或部分由聯邦基金資助的補助，則不被認為是臨時補助。）

關於此項（付給我或代我付的）臨時補助，我授權給社會安全局委員將我若是合格領取任何 SSI/SSP 福利的第一筆付款交給上述機構。

我授權給上述機構從那筆付款中扣留一筆跟上述機構和其他加州臨時機構付給我或代我付的 CAPI 補助總金額相等的金額。這筆 CAPI 補助款是在此授權書日期之前和之後（但只限於我 SSI/SSP 合格期間）使我能夠維持基本生活而發給我的。

☐ 首次申請 從我被認為合格領取 SSI/SSP 的月份開始，到我領到 SSI/SSP 的付款的那個月為止；

或

☐ 在得到資格後 從我的 SSI/SSP 在暫停或停止一段時期後重新開始的月份起，到我的付款再次發放的月份為止。

我瞭解，上述機構，在從 SSA 收到給我的款項那天起，十（10）天之內，當從我的 SSI/SSP 付款扣除以上款項後，假如有餘額的話，將餘額付給我。

我瞭解，假如我覺得從我 SSI/SSP 追溯付款所扣除的金額多過 CAPI 補助付給我，或代我付的金額，或者我覺得上述機構沒有在十（10）天的期限內將剩餘的款項還給我，我有權向州社會服務處請求公平聽證會。聽證請求必需在上述機構通知我款項收到及發放的日期起九十（90）天之內提出。

我瞭解，假如我在上述機構收到此簽署表格的日期起的 60 天之內，向社會安全局提出 SSI/SSP 福利的首次申請，我最早可在上述機構收到此簽署表格日期起合乎領取 SSI/SSP 福利的資格。

我瞭解，此授權書從上述機構收到此簽署表格起生效，並且此授權書將在下列日期停止生效：

☐ 首次申請 在上述機構收到簽署表格日期後一（1）年年底，除非我在那時期間遞進 SSI/SSP 的申請，或有下列事件發生，在這種情形下，授權書就在那事件發生日期停止有效：

- SSA 初次付款，或因我的申請重新付款；
- SSA 否決我的申請，並且我沒有及時遞進對那個決定的投訴；
- 上述機構和我同意終止此項協議。

或

☐ 在得到資格後 在上述機構收到此簽署表格日期後一（1）年年底，或在對暫停或終止我的 SSI/SSP 付款的裁決請求審查的期限終結時，看哪一時間最久，除非我及時遞進審查的請求，或上述事件之一發生了，在這種情況下，授權書的效期至所發生事件日期為止。

我在願意承受美國聯邦政府和加州政府的法律對作偽證施行懲罰下宣告，我在這份表格上所給的資訊是真實，正確，和全面的。

申請人或授權代表簽名	簽署日期
機構代表簽名	電話
	簽署日期